

sobre os cuidados, em especial sobre uso de proteção UVA: óculos escuros, protetor solar, evitar exposição solar direta. Desde o primeiro procedimento apresentou febre horas após o procedimento, reação adversa mais comum. Porém apresentou piora da eritrodermia, no segundo ciclo ficou mais pronunciada, e no terceiro ciclo os sintomas foram intensificados com lesões bolhosas, e paciente foi internado em 25/03/2020. Após avaliação dermatológica, suspeitou-se de penfigóide bolhoso ou farmacodermia secundária à medicação ou radiação ultravioleta. A FEC ficou suspensa um ciclo e retomamos em 22 e 23/4/2020, fizemos um intervalo maior, realizando o 5º ciclo em 26 e 27/05/2020. Mas o paciente continuou apresentando as lesões bolhosas, e após o 5º ciclo permaneceu internado para tratamento, e as sessões foram suspensas. Paciente recebe alta em 25/06/2020 com orientação de acompanhamento ambulatorial. **Conclusão:** Com o Sistema THERAKOS CELLEX Photopheresis o procedimento de FEC é de fácil execução, cabendo ao responsável pelo procedimento ações pontuais, como montagem do kit com cuidado para o conjunto de lâmpadas de luz ultravioleta e a colocação da solução fotossensibilizante (UVADEX Methoxsalen) no produto coletado. É rápido, menos de 60 minutos, devendo o paciente ter um acesso venoso adequado ao fluxo periférico ou por cateter. Uma boa história clínica, verificar se o paciente não é esplenectomizado (o que contraindica o procedimento) e conferência dos exames pré-procedimento como leucograma, coagulograma, perfil lipídico e bilirrubina devem ser realizados. A primeira experiência em Fotoférese Extracorpórea do Serviço de Aférese foi fundamental para elaborarmos os protocolos internos com capacitação da equipe e interações entre todos os setores envolvidos.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.522>

MOTIVOS DE DESPREZO DE PLAQUETAS COLETADAS POR AFÉRESE DURANTE O PERÍODO DA PANDEMIA DE COVID-19 EM UM HEMOCENTRO GAÚCHO

RP Lorentz ^{a,b}, KLV Perdigão ^{a,b}, AML Oliveira ^{b,c}, BL Dorneles ^{a,b}, A Nuncio ^{b,c}, CA Birrer ^{a,b}, ABD Santos ^{b,c}, PG Schimites ^{b,c}

^a Universidade Franciscana (UFN), Santa Maria, RS, Brasil

^b Hemocentro Regional de Santa Maria (HEMOSM), Santa Maria, RS, Brasil

^c Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Santa Maria, RS, Brasil

Objetivos: Quantificar e identificar os motivos de desprezo de plaquetas coletadas por aférese no Hemocentro Regional de Santa Maria (HEMOSM), durante o período da pandemia de COVID-19. **Material e métodos:** Trata-se de uma pesquisa observacional retrospectiva, a qual foi realizada pela consulta de dados do Sistema HEMOVIDA (Sistema Nacional de Gerenciamento em Serviços de Hemoterapia) durante o período de fevereiro/2020 a julho/2021. **Resultados:** Dez bolsas de plaquetaférese foram descartadas no período examinado pelo estudo, destas, 6 unidades foram desprezadas devido à

sorologia reagentes, 2 unidades devido ao período de validade excedido e outras 2 unidades por outros motivos, 1 por intercorrência na coleta e a outra unidade por baixo volume do concentrado de plaquetas. **Discussão:** A coleta de plaquetas por aférese se distingue da coleta de plaquetas por fracionamento do sangue total (plaquetas randômicas) por acontecer em um sistema extracorpóreo, onde as plaquetas do doador (e parte do plasma) são separadas para a obtenção do hemocomponente de interesse. Os demais componentes sanguíneos são devolvidos à circulação do doador e todo o processo de coleta pode durar em torno de até 90 minutos. As plaquetas coletadas por aférese são desleucocitadas (ou leucorreduzidas) durante a coleta, podendo ser produzidas 2 unidades do hemocomponente por doador. Ainda, 1 unidade de plaquetaférese pode corresponder a um pool de 8 a 10 plaquetas randômicas, e, portanto, possui menor risco de promoção de reações transfusionais. Dessa forma, as plaquetas coletadas por aférese, além de serem hemocomponentes com qualidade elevada e terem uma coleta onerosa (pelo valor dos kits e equipamentos), devem ser produzidos de forma a se evitar qualquer situação que possa inviabilizar a sua destinação para transfusão. Usualmente, novos doadores de plaquetas por aférese precisam realizar testes para a coleta do hemocomponente. Nestes testes, parâmetros hematológicos (ex., elevada contagem de plaquetas), imunohematológicos (ex., pesquisa negativa para anticorpos irregulares contra antígenos eritrocitários) e sorológicos (ausência de marcadores de doenças infecciosas transmitidas pelo sangue) devem ser atendidos para que então o candidato a doação passe a ser convidado a doar plaqueta por aférese. Infelizmente, podem ocorrer casos de soroconversão em doadores de aférese, ou a formação de anticorpos irregulares, o que leva ao desprezo dos hemocomponentes. **Conclusão:** O descarte de concentrado de plaquetas por aférese é indesejado, uma vez que, além do alto custo de produção destas bolsas, no período da pandemia houve uma queda das doações de sangue no HEMOSM, correspondendo a uma redução de aproximadamente 10% do total de doações (durante o primeiro ano da pandemia) em comparação com o mesmo período do ano anterior. Dessa forma, o desprezo de hemocomponentes torna ainda mais crítica a situação dos estoques de sangue, e além disso, considerando que concentrados de plaquetas possuem uma validade curta e que são comumente prescritos, é indesejável que estas bolsas sejam desprezadas por qualquer motivo, desde que garantidas a qualidade do hemocomponente e a segurança transfusional.

<https://doi.org/10.1016/j.htct.2021.10.523>

PERFIL DOS DOADORES DE HEMOCOMPONENTES POR AFÉRESE DO GRUPO GESTOR DE SERVIÇOS DE HEMOTERAPIA – GRUPO GSH – RIO DE JANEIRO – RIO DE JANEIRO – BRASIL

KBL Buratta, SD Vieira, LFF Dalmazzo

Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia – Grupo GSH, Rio de Janeiro, RJ, Brasil



Resumo: O objetivo é traçar o perfil dos doadores de hemocomponentes por aférese do Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia – Grupo GSH – Rio de Janeiro – Rio de Janeiro – Brasil com relação à idade, sexo e frequência de doação.

Introdução: A manutenção dos estoques de sangue e componentes é um maiores desafios da hemoterapia atual. A conscientização da população sobre a importância da doação é um pilares para ações efetivas por parte da captação de doadores, com a finalidade de atender às demandas diárias e de caráter emergencial. A doação de hemocomponentes por aférese tem sido amplamente divulgada e tem como maior objetivo reduzir a exposição dos pacientes politransfundidos à múltiplos doadores, assim como reduzir a probabilidade de aloimunização. O cuidado com a seleção com a seleção e o acompanhamento do procedimento são fundamentais para que o risco de complicações inerentes ao procedimento seja minimizado a fim de garantir a segurança e fidelização destes doadores, apesar da frequência de eventos adversos neste tipo de doação ser baixa (entre 5% e 17%). **Métodos:** Trata-se de estudo observacional analítico realizado pelo Grupo GSH – Rio de Janeiro/RJ, de doadores que foram aptos à doação de hemocomponentes por aférese, segundo Portaria de Consolidação nº5 MS/GM, no período de 01 de julho de 2020 à 31 de julho de 2021. As coletas foram realizadas em equipamento para realização de coleta por aférese modelos TRIMA ACELL, fabricação TERUMO e MCS+, fabricação Haemonetics. Foram coletados os dados de 576 doadores em 1501 doações de concentrado de hemácias, concentrado de plaquetas e plasma fresco cadastradas no Sistema Realblood e tabulados no programa Excel, sendo então analisados. Deste montante foram excluídos 169 cadastros vistos que em 70 coletas houve perda de acesso e em 89, os doadores foram excluídos pela triagem clínica ou triagem laboratorial. **Resultados:** Dos 576 doadores de aférese, 526 (91,32%) eram do sexo masculino e apenas 40 do sexo feminino (6,94%). Analisando os doadores do sexo masculino, 302 eram de repetição (57,41%) enquanto 236 (42,58%) doavam pela primeira vez. Ao analisarmos o tipo de hemocomponente doado, 387 doaram concentrado de plaquetas (73,57%) sendo 154 (39,79%) doadores de primeira vez com idade média de 35,55 anos e 234 doadores eram de repetição (60,21%) com idade média de 32,11 anos. Ainda quanto aos doadores do sexo masculino, 129 doaram concentrado de hemácias e 56 (43,21%) eram de repetição com idade média de 39,11 anos enquanto que 73 doadores (56,59%) doavam pela primeira vez. Ainda olhando para os doadores do sexo masculino, 10 doadores realizaram doação de plasma AB pela primeira vez, sob demanda. Analisando os doadores do sexo feminino, 11 (27,5%) eram de repetição sendo 10 doadores de concentrado de plaquetas e 01 de concentrado de hemácias. Quanto aos 29 doadores de primeira vez (72,5%), 27 (93,10%) doaram concentrado de plaquetas, enquanto 02 (6,9%) doaram concentrado de hemácias. **Conclusão:** O perfil dos doadores por aférese no Grupo GSH – Rio de Janeiro/RJ consiste em sua maioria de homens com idade entre 25 e 40 anos. A análise do perfil não mostrou ser diferente da literatura. Porém, é importante continuar a sensibilização quanto à doação de sangue assim como a fidelização do doador do doador de aférese.

PLASMAFÉRESE COMO TERAPIA AUXILIAR NA TROMBOCITOPENIA TROMBÓTICA INDUZIDA POR VACINA (VITT) CONTRA COVID

LCA Gama^a, FC Vieira^a, EAF Oliveira^a,
J Vassalo^b, DRC Rocha^c, RRM Dantas^c,
LFF Dalmazzo^a, SD Vieira^a

^a Grupo Gestor de Serviços de Hemoterapia- Grupo GSH, São Paulo, SP, Brasil

^b Oncologia D'Or, Brasil

^c Hospital do Coração (HCor), São Paulo, SP, Brasil

A Trombocitopenia Trombótica induzida por vacina (VITT) tem sido relatada como um efeito adverso raro e grave após a administração de vacinas contra o COVID-19 que usam adenovírus não replicante como vetor. A VITT caracteriza-se pela presença de: (1) trombose em sítios não usuais (e.g., seio venoso sagital, veias esplênicas e renais), (2) plaquetopenia, (3) aumento importante dos valores de D-dímero e (4) elevação do Fator anti-plaquetário 4. Ocorre geralmente cerca de 3 a 30 dias após a vacinação. Segundo a Organização Mundial de Saúde, sua incidência é de 0,5 a 6,8 casos/100.000 vacinados. A fisiopatologia da VITT ainda não é bem esclarecida, porém existe relação com mecanismos relacionados a Trombocitopenia induzida pela Heparina. A maioria dos relatos de reação estão associados a primeira dose da vacina, porém também há casos na segunda dose. Devido a potencial gravidade na evolução, o tratamento não deve ser retardado. A terapia inicial inclui o uso de Imunoglobulina 2 g/kg (em 2 dias). O uso de corticoide em alguns casos pode ser feito como adjuvante, porém ainda não há comprovação de sua eficácia. A plasmaférese deve ser feita de imediato em pacientes com Trombose em Seio Venoso Sagital ou em casos refratários a Imunoglobulina. Não deve ser realizado transfusão de plaquetas e o uso de heparina como anticoagulante deve ser evitado. Faremos o relato de 2 casos em que a plasmaférese foi utilizada como terapia auxiliar ao tratamento: Paciente 1: Paciente mulher, jovem, 24 anos, foi admitida no Hospital 10 dias após a primeira dose da vacina Astrazeneca com quadro de cefaleia persistente refratária a analgésicos e petéquias em face e tronco iniciado 3 dias da internação. Admitida com plaquetopenia 2000, fibrinogênio 190 e D dímero 12000. Iniciado Imunoglobulina 2 g/kg (dois dias seguidos). Foi associado corticoide 1 mg/kg/dia. No nono dia de tratamento, evoluiu com 50 mil plaquetas, D dímero 7400 e PF4 3,34 U/mL. Evoluiu com Crise Convulsiva sendo diagnosticado Trombose Venosa de Seio Sagital. Iniciada Plasmaférese (feito 5 sessões em dias alternados com troca por albumina). Na quinta sessão de plasmaférese estava com D dímero 880, plaquetas 71 mil e fibrinogênio 58. Após 4 dias do término da plasmaférese, paciente apresentou retorno da cefaleia. Dosado D dímero 2300. Reiniciado Plasmaférese (Plasma 1:Albumina 1). Foram realizadas mais 2 sessões com plaquetas acima de 150 mil. Após a quarta sessão, no D27 internação estava com D dímero 470, plaquetas 362 mil e PF4 2,2. Paciente 2: Paciente do sexo masculino, 85 anos, foi admitido no hospital 21 dias após a segunda dose da vacina da AstraZeneca com quadro de fraqueza, astenia, confusão mental e inapetência, associado a tromboembolismo pulmonar. Paciente previamente renal crônico não dialítico, hipertenso, diabético,

